

Krankheitsbild und Verlauf der Demenzerkrankung

Wilhelm Stuhlmann

Die Voraussagen zur Bevölkerungsentwicklung gehen davon aus, dass in einigen Jahren jeder dritte Einwohner in Deutschland über 60 Jahre alt sein wird. Die wesentlichen Gründe dafür sind die Verdoppelung der durchschnittlichen Lebenserwartung in diesem Jahrhundert und die verbesserte medizinische Versorgung im Alter. Die meisten älteren Menschen erwartet ein Lebensabend in relativ guter Gesundheit mit den Chancen aktiv und selbstbestimmt zu leben. Allerdings steigt mit dem Alter auch das Risiko für eine Reihe körperlicher und psychischer Erkrankungen, die eine selbständige Lebensführung einschränken oder unmöglich machen können.

Mindestens 30 Prozent aller Menschen im Alter von über 65 Jahren leiden an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. Neben der Depression sind die verschiedenen Formen einer Hirnleistungsstörung die häufigste psychiatrische Alterserkrankung, die ab einem bestimmten Schweregrad auch als Demenz bezeichnet wird.

Nicht jede Hirnleistungsstörung weist von vornherein auf eine Demenz hin. Diese liegt erst dann vor, während neben den Gedächtnisstörungen auch weitere Leistungen der Informationsverarbeitung oder andere psychische Funktionen über einen Zeitraum von über 6 Monaten beeinträchtigt sind. Immer muss auch die Alltagskompetenz, d.h. die Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung, eingeschränkt sein.

Definition des Begriffs Demenz

In den letzten Jahren wurden die verschiedensten Bezeichnungen für Hirnleistungsstörungen (HOPS, Cerebralsklerose, Cerebrale Insuffizienz u.a.) durch den umfassenderen Begriff der Demenz ersetzt.

DEMENZ ist definiert als eine erworbene umfassende Beeinträchtigung von Intelligenzleistungen, die besonders das Gedächtnis, das logische und kritische Denken, das vorausschauende und planende Handeln, die Steuerung von Handlungsabläufen, die Steuerung der Emotionen und die Sprache betreffen. Diese Störungen müssen so stark ausgeprägt sein, dass sie die Bewältigung des alltäglichen Lebens, d.h. eine selbständige Lebensführung deutlich einschränken. Diese Symptome sollten mindestens seit 6 Monaten vorhanden sein.

Damit sind kurzfristige Hirnleistungsstörungen, wie z.B. im Rahmen eines akuten Verwirrtheitszustandes, noch keine Demenz. Obwohl die meisten Formen der Demenz fortschreitende Erkrankungen darstellen, sind mit dem Begriff Demenz auch sekundäre Demenzformen gemeint, die möglicherweise behandelbar und rückbildungsfähig sind.

Das Gesamtbild der Demenz führt früher oder später auch zu einer einschneidenden Veränderung der Persönlichkeit und einer Beeinträchtigung im gesamten Sozialverhalten. Neben der zunehmenden und später vollständigen Abhängigkeit von fremder Hilfe sind es die Persönlichkeitsveränderungen, die besonders die Familie und andere Bezugspersonen verunsichern und belasten.

Es kann damit gerechnet werden, dass in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit mehr als 1 Million Menschen im Alter von über 65 Jahren an einer Hirnleistungsstörung vom Schweregrad einer Demenz leiden. Ein weiteres Ansteigen dieser Zahl um ca. 35 % ist in den nächsten Jahren zu erwarten.

Von den über 65jährigen sind insgesamt ca. 6% - 10% von einer mittelschweren und schweren Demenz betroffen. Die Häufigkeit steigt mit dem 80. Lebensjahr auf 20% und bei den über 90-jährigen auf 30% an.

Diagnose

Da die Demenz immer Folge eines krankhaften Prozesses und nicht die Folge des „normalen“ Alterungsprozesses ist, sollten die Angehörigen auf einer diagnostischen Abklärung bestehen. Eine ärztliche Diagnose ist eine wesentliche Hilfe für das Verstehen und Akzeptieren der Veränderungen, die sie beim Kranken bemerken. Diagnose bedeutet Verpflichtung und Handlungsanleitung. Die Diagnose erleichtert es auch den Angehörigen Hilfe anzunehmen und ist für die Beantragung der finanziellen Unterstützung bei Schwerpflegebedürftigkeit und eventueller Einleitung rechtlicher Hilfen unentbehrlich.

Das derzeit noch längst nicht erreichte Ziel ist die Früherkennung und Frühbehandlung der Demenz. Es wird angenommen, dass der Zeitpunkt des Eintritts der schweren Pflegebedürftigkeit durch rechtzeitige Diagnose und Behandlung bis zu 2 Jahre hinausgezögert werden kann. Das sind gewonnene Jahre an Lebensqualität, Entlastung der Angehörigen bzw. Erleichterung der Betreuung in den Einrichtungen der Altenpflege und ist nicht zuletzt auch unter dem Aspekt der finanziellen Einsparungen von Bedeutung. Zu einer umfassenden Diagnose gehören neben einer körperlichen, neurologischen und psychischen Untersuchung auch verschiedene Laboruntersuchungen und zumindest einmal zu Beginn der Erkrankung eine Computertomographie (CT) des Gehirns.

Es müssen zunächst Erkrankungen oder Einflüsse ausgeschlossen werden, die zu einer behandelbaren Hirnleistungsstörung (sekundäre Demenz) führen. In diesen Fällen (bis zu 10% aller Demenzerkrankungen) können sich die Auffälligkeiten durch eine rechtzeitige und konsequente Therapie der Grunderkrankung vollständig oder weitgehend zurückbilden.

Ebenso müssen psychische Erkrankungen, die Hirnleistungsstörungen verursachen oder vortäuschen können, wie zum Beispiel Depressionen, erkannt und entsprechend behandelt werden. Hier ist es sinnvoll, einen Nervenarzt hinzuzuziehen.

Als häufigste Ursachen für eine Demenz gilt die Alzheimer'sche Erkrankung (Demenz vom Alzheimer Typ, bzw. DAT), der 50% - 70% aller Demenzformen zugerechnet werden können. Als nächst häufige Ursachen kommen die Störungen der Blutversorgung des Gehirns in Betracht, denen zu über 90% ein Bluthochdruck vorangeht. Diese sog. vaskulären Demenzen (z.B. die Multi-Infarkt-Demenz) machen ca. 15 % aller Demenzformen aus. Schließlich kommen auch Mischformen zwischen Alzheimer und vaskulärer Demenz mit etwa gleicher Häufigkeit vor.

Das Krankheitsbild der Demenz - Ursachen und Formen

Eine Demenz wie sie oben definiert wurde, ist immer Folge krankhafter Veränderungen des Gehirnes selbst oder die Folge von Einwirkungen anderer Art auf das Gehirn.

Das Gehirn besteht aus ca. 100 Milliarden Nervenzellen. Allein die Verbindungen der Nervenzellen untereinander ergäben, würde man sie alle aneinander reihen, eine Faser, die etwa 4 mal um den Erdball reichen würde. Jede dieser Nervenzellen kann mit bis zu 36000 anderen Nervenzellen in Kontakt über Schaltstellen (Synapsen) stehen. Damit

entsteht ein Netzwerk von Neuronen mit großer Leistungsfähigkeit. Diese hängt direkt mit der Dichte (Zahl der Synapsen) des Netzwerkes zusammen.

Wenn das Gehirn ausgewachsen ist, werden keine neuen Nervenzellen mehr gebildet, Schäden können allenfalls "repariert" werden. Im gesunden Gehirn können die Schaltstellen zwischen der Nervenzellen durch entsprechende Anregung lebenslang ausgebaut und stabilisiert werden.

Das Gehirn wird mit zunehmendem Alter anfälliger. Einige Krankheitsprozesse verursachen eine Störung der Stoffwechselfähigkeit der Nervenzelle, andere betreffen die Versorgung des Gehirnes mit Sauerstoff und Nährstoffen über das Blut oder den Schutz der Nervenzellen vor schädigenden Substanzen.

Schließlich können auch schädigende Einflüsse direkt auf das Gehirn einwirken wie eine Erhöhung des Hirndrucks durch Tumoren, Blutungen, häufige Hirnerschütterungen, einige Medikamente oder Umweltgifte.

Demenzkrankungen entstehen meist durch längerdauernde Einflüsse. Wenn die Schädigung nur von kurzer Dauer ist, kann auch eher mit einer raschen, z. T. vollständigen Rückbildung der Veränderungen gerechnet werden. Die häufigste Form einer rückbildungsfähigen Demenz kommt bei Schilddrüsenunterfunktion vor. Wenn die Schilddrüsenstörung ausreichend behandelt wird, gehen auch die geistigen Störungen, wie z. B. die Verlangsamung des Denkens, und die anderen Symptome, die durch den Hormonmangel verursacht waren, zurück. Daher ist es bei der Diagnose einer Demenz wichtig, dass zunächst körperliche Grunderkrankungen, Stoffwechselstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder ein möglicher Einfluss von Medikamenten ausgeschlossen oder behandelt werden.

Demenz von Alzheimer Typ

Als häufigste Ursache einer Demenz liegt eine Erkrankung der Nervenzellen des Gehirnes selbst vor - meist handelt es sich um die Alzheimer'sche Erkrankung. Über einen langen Zeitraum (ca. 10 – 20 Jahre) verläuft die Erkrankung ohne klinische Symptome. In dieser Zeit findet bereits der zunehmende Untergang von Synapsen und Nervenzellen statt. Seit wenigen Jahren wird die Frage untersucht, ob sich in dieser Zeit bereits Veränderungen in der Persönlichkeit abzeichnen, die auf eine spätere Demenz hinweisen. Über die Ursachen der Alzheimer'schen Erkrankung gibt es verschiedene Vorstellungen, wobei wahrscheinlich mehrere Ursachen zusammenwirken. Es gibt eine überwiegend

vererbare Form der Erkrankung mit einer familiären Häufung. Diese Form der Erkrankung tritt in ca. 2% aller Krankheitsfälle auf, beginnt häufig früh, d.h. zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr und verläuft wahrscheinlich insgesamt schneller und dramatischer. Bei den übrigen Erkrankungsformen der sind bei einem Drittel ebenfalls Erbfaktoren beteiligt, die jedoch an Einfluss verlieren, je später die Erkrankung auftritt.

Bei der Alzheimer'schen Erkrankung kann ein Verlust an Hirnsubstanz bis zu 40 % auftreten. Die typischen Veränderungen treten zunächst an den Verbindungsstellen zwischen den Nervenzellen auf (Synapsen), erfassen dann aber auch die Nervenzellen in bestimmten Gehirnregionen selbst und schließlich treten auch Veränderungen an den Blutgefäßen auf.

Alois Alzheimer, der bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts erstmals die Erkrankung bei einer jüngeren Frau feststellte, fand Ablagerungen bestimmter Eiweißstoffe (Beta-Amyloid) außerhalb der Nervenzellen. Die Ablagerungen führen schließlich zum Zelltod. Diese Eiweißstoffe, die auch bei gesunden älteren Menschen in kleineren Mengen vorkommen, können nicht mehr abgebaut und abtransportiert werden.

Nach derzeitiger Erkenntnis, gelten die Amyloidablagerungen bzw. eine stark vermehrte Bildung des Beta-Amyloids als die wesentliche Ursache der Alzheimer'schen Erkrankung. Große Hoffnungen setzt man zurzeit auf die Erforschung eines Enzyms (Sekretase), das für die Entstehung des Beta-Amyloids hauptsächlich verantwortlich ist.

Eine andere Eiweißverbindung, das Tau-Protein, ist Bestandteil des Nervenzellgerüsts und des Transportsystems der Nervenzelle. Bei Schädigung des Tau-Proteins im Rahmen der Alzheimer'schen Erkrankung kommt es zur Verklumpung von Nervenzellen.

Alle Erkrankungen, die unter dem Begriff "Demenz vom Alzheimer Typ" zusammengefasst werden, weisen ähnliche Veränderungen auf. Treten sie im frühen Lebensalter auf, entspricht die Erkrankung dem ursprünglich beschriebenen Morbus Alzheimer und betrifft das Alter zwischen 40 und 65 Jahren (Demenz vom Alzheimer Typ mit frühem Beginn).

Die gleichen Veränderungen im Gehirn, nur bei sehr viel mehr Personen, finden sich bei der Demenz vom Alzheimer Typ im höheren Lebensalter.

Da der durchschnittliche Krankheitsverlauf nach Stellung der Diagnose noch ca. 8 - 10 Jahre beträgt, erleben Personen, die sehr spät erkranken, das Vollbild der Alzheimer'schen Erkrankung aufgrund der natürlichen Lebenserwartung nicht mehr.

Je jünger jedoch ein Mensch beim Auftreten der Alzheimer'schen Erkrankung ist, umso mehr wird seine Lebenserwartung verkürzt. In Einzelfällen sind aber auch langsam fortschreitende und länger dauernde Krankheitsverläufe bekannt geworden.

Seltenere Erkrankungen, die ebenfalls zu einer Zerstörung von Nervenzellen in bestimmten Hirnregionen führen, sind u.a. die Pick'sche Erkrankung, die Demenz mit Levy Körperchen oder die fronto-temporale Demenz. Außerdem gibt es Demenzformen, die sich zusammen mit anderen neurologischen Erkrankungen entwickeln, wie z. B. die Demenz im Verlauf der Parkinson'schen Erkrankung (Häufigkeit: ca. 20- 40 %) oder der MS.

Vaskuläre Demenzen

Die nächst häufige Demenzform wird durch Veränderungen der Hirndurchblutung verursacht und die, wenn überwiegend Gefäße der Hirnrinde betroffen ist, als Multi-Infarkt-Demenz (MID) bezeichnet wird. Auch die kleineren Gefäße unterhalb der Hirnrinde können betroffen sein und verursachen eine subkortikale vaskuläre Demenz.

Bei der Vaskulären Demenzen finden sich häufig Risikofaktoren in der Krankheitsvorgeschichte, die zu einer Störung der Gehirndurchblutung führen und frühzeitig behandelt werden können.

Als Risikofaktor Nr.1 ist der hohe Bluthochdruck zu nennen. Infolge des zu hohen Blutdruckes wird die Entwicklung einer Arteriosklerose begünstigt, die verstärkt werden kann durch Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, einen zu hohen Harnsäurespiegel im Blut, Übergewicht und Rauchen. Wenn unter dem Einfluss dieser Risikofaktoren die Hirndurchblutung zunehmend in den kleinen Blutgefäßen gestört wird, kommt es schließlich auch zu Krankheitserscheinungen, die kleinen Schlaganfällen entsprechen, aber nicht gleich zu Lähmungen führen, sondern sich zunächst auf die geistige Leistungsfähigkeit oder die Steuerung des Gefühlslebens negativ auswirken.

Bevor stärkere Hirnleistungsstörungen auftreten, finden sich bei den vaskulären Demenzen häufiger nächtliche Unruhezustände, kürzere Verwirrtheitsperioden, eine gefühlsmäßige Unausgeglichenheit mit vermehrter Reizbarkeit oder Neigung zum Weinen. Die Hirninfarkte, sind häufig so klein, dass sie zumindest im Beginn der Erkrankung noch nicht einmal mit dem Computertomogramm sichtbar gemacht werden können. Im Laufe der Zeit kommt es aber auch zu deutlich sichtbaren Veränderungen im Computertomogramm. Eine Reihe von selteneren, auch entzündlichen Erkrankungen des Gehirnes, können eine vaskuläre Demenz zur Folge haben.

Verlauf der Erkrankung

Die Frühsymptome einer Hirnleistungsstörung werden häufig nicht erkannt oder fehlgedeutet. Noch bevor die Diagnose einer Demenz gestellt wird, finden sich langsam zunehmende Störungen des Gedächtnisses, die von den normalen Funktionsstörungen in Belastungssituationen, besonders unter Zeitdruck oder emotionaler Belastung, abgegrenzt werden müssen, insbesondere von der häufigen normalen („gutartigen“) Vergesslichkeit im Alter.

Oft finden sich in diesem Zeitraum bereits Veränderungen des Verhaltens und Erlebens. Neben einem Verlust an Lebensenergie kommt es zu einem Rückzug mit Einschränkung der sozialen Kontakte und der Freizeitaktivitäten. Häufig treten depressive Verstimmungen, Stimmungsschwankungen mit vermehrter Reizbarkeit oder Angstsymptome auf. Im weiteren Verlauf können Orientierungsstörungen, Störung von Routinehandlungen (z.B. Binden der Krawatte), Fehlbedienung von Geräten (z.B. im Haushalt) oder Fehlbeurteilungen der Realität hinzukommen. Ein häufiger Grund für eine depressive Verstimmung ist das Bewusstwerden der beginnenden Leistungsminderung. Die Depression kann über eine lange Zeit eine Demenz überdecken oder der Demenz vorausgehen. Wenn sich die Depression zurückbildet, stellt man fest, dass sich gleichzeitig eine geistige Leistungsminderung entwickelt hat, die nach dem Abklingen der Depression deutlich hervortritt und den weiteren Krankheitsverlauf bestimmt. Andererseits kann auch eine Depression durch Verlangsamung des Denkens und Handelns eine Demenz vortäuschen, so dass die Chance für eine erfolgreiche Behandlung der Depression vertan wird, wenn die Diagnose nicht rechtzeitig gestellt wird. Depressionen gelten als ein möglicher Risikofaktor im Verlauf der Demenz.

Die Gedächtnisstörungen äußern sich zunächst in einer Störung der Merkfähigkeit. Die Merkfähigkeit umfasst das Kurzzeitgedächtnis, wie man es z. B. benötigt, um sich kurzfristig eine Telefon-Nummer zu merken oder sich andere Gedächtnisinhalte für kurze Zeit einzuprägen. Die längerdauernden Gedächtnisfunktionen werden als, Neugeächtnis und Langzeitgedächtnis bezeichnet. Im Verlaufe einer Demenz gehen jedoch nach und nach alle Gedächtnisfunktionen verloren. Dies ist auch ein wesentlicher Unterschied zu der gutartigen Vergesslichkeit im Alter, bei der es bei einer Beeinträchtigung von Merkfähigkeit und Neugeächtnis bleibt.

Eine weitere Form der Gedächtnisstörung ist der Zerfall des Zeitgitters, das man benötigt, um Ereignisse im Zeitverlauf einordnen zu können. So finden Vergangenheit und

Gegenwart zunehmend gleichzeitig statt. In der Gegenwart werden die mit den zeitlosen Erinnerungen gekoppelten Gefühle aktiviert.

Die Schwierigkeit, sich neue Eindrücke einzuprägen und zur Orientierung zu verwenden, erschwert das Zurechtfinden zunächst in fremder, später aber auch bekannter Umgebung. Dies zeigt sich gelegentlich bei einem Urlaub, bei einer Krankenhauseinweisung oder einer Heimaufnahme, wenn plötzlich Unruhe- und Verwirrtheitszustände auftreten. Diese Zustände nehmen gegen Abend, wenn die Orientierung (durch die Veränderung der Lichtverhältnisse) schwerer wird, noch zu.

Die entstehende Unruhe und das Umherlaufen sind Folge einer endlosen Suche: der Kranke sucht sein Zimmer, sucht sein Zuhause, sucht letztlich Geborgenheit und Sicherheit. Diese findet er nicht, was ihn noch unruhiger, ungeduldiger, ängstlicher oder sogar ärgerlich machen kann. Auch die auf den ersten Blick unverständliche Suche der Eltern ist als Sehnsucht nach Sicherheit und Schutz zu verstehen.

Häufig tritt zu dem Zeitpunkt der ersten Merkfähigkeitsstörungen auch - aus dieser Unsicherheit heraus - ein Rückzug auf. Der Kranke meidet Kontakte aus Scham und der Angst bloßgestellt zu werden, er gibt alte Beschäftigungen und Hobbies auf. Im Gespräch wird ein Nachlassen der Kritikfähigkeit und der Fähigkeit abstrakt und vorausschauend zu denken offensichtlich. Es kommt manchmal zu krassen Fehleinschätzungen der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten. Häufig spitzen sich die Konflikte zu, wenn ein deutlich Demenzkranker mit dem Auto fahren will.

In Familien, in denen sich die Kommunikation über Jahre eingespielt hat, werden diese Störungen oft über einen längeren Zeitraum nicht erkannt, manchmal auch gemeinsam verleugnet.

Da im Gedächtnis die Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens gesammelt hat und die ihm etwas bedeutet haben, nicht mehr zur Verfügung stehen, werden die Gefühle, der Gefühlsausdruck und auch das Suchen nach bekannten Gefühlen besonders wichtig.

Die Gefühle werden weniger von der Demenz betroffen, als die geistigen Fähigkeiten. Daher wird auch der Abbau der geistigen Leistungen im Gefühl sehr intensiv erlebt, auch wenn dies häufig mit Worten nicht mehr ausgedrückt werden kann.

Im Umgang ist es wichtig, beruhigend auf den Kranken einzugehen. Dabei kommt es nicht so sehr auf den Inhalt dessen an, was gesagt wird und was offensichtlich verwirrt erscheint, sondern es kommt darauf an, das Gefühl zu vermitteln: "Du bist nicht

alleingelassen, es ist alles in Ordnung", oder dass der Kranke in diesem Moment eine Geste spürt, die ihm das Gefühl der Geborgenheit, nach der er sucht, vermittelt.

Im täglichen Umgang mit einem Demenzkranken ist die im Verlauf der Krankheit sehr häufig auftretende Unruhe für die Pflegenden oder Betreuer eine starke Belastung. Diese Unruhe überträgt sich gegenseitig. Derjenige, der den ganzen Tag mit jemandem zusammen ist, der ständig ruft oder schreit, der immer wieder die gleichen Fragen stellt, muss große Geduld aufbringen.

Auch auf Spannungen zwischen Personen in der Umgebung (z.B. in einem Pflorgeteam) reagiert der Kranke empfindlich und oft mit Unruhe. Er spürt, da stimmt irgend etwas nicht, kann dies aber nicht mehr einordnen.

Sehr wichtig für eine gleichmäßige und geduldige Zuwendung ist das Akzeptieren dieser Symptomatik als durch einen Krankheitsprozess verursacht. Das verhilft zu einer positiven Distanz, aus der man gelassener mit den Veränderungen des Erlebens und Verhaltens umgehen lernt. Diese Erkenntnis verhindert, dass der Betreuende in einen Machtkampf gerät oder sich persönlich gekränkt fühlt. Bei vielen Kranken kommen aus dem Gedächtnisverlust neue Erklärungen, z.B., dass er glaubt, jemand hätte ihm etwas gestohlen, was er in Wirklichkeit nur verlegt hat. Dies führt gelegentlich zu ungerechtfertigten Anschuldigungen dem Pflegenden gegenüber, die auf keinen Fall persönlich genommen werden sollten. Auch wenn Dinge berichtet werden, die unserer Meinung nach offensichtlich nicht stimmen können, lautet eine Grundregel im Umgang mit diesen Krankheitszeichen, dass man nicht versuchen sollte, dem Kranken beizubringen, dass er Unrecht hat oder versucht, ihm das Gegenteil zu beweisen.

Die Kritikfähigkeit der eigenen geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit ist oft nicht mehr erhalten, so dass der Patient überzeugt ist, alleine zurechtzukommen, obwohl er bereits weitgehend hilfeabhängig ist. Insbesondere bei Menschen, die lange Jahre allein gelebt haben, kommt es zu einer Fehlbeurteilung und Überschätzung der eigenen Fähigkeiten.

Viele ältere Menschen haben Probleme, Hilfe zuzulassen. Wenn jemand Hilfe annehmen kann, ohne das Gefühl zu bekommen, dann als Versager zu gelten, ist eine wichtige Voraussetzung zur Betreuung bereits gegeben. Das Akzeptieren der Hilfe gibt dem Kranken auch wieder neuen Spielraum im Rahmen seiner verbliebenen Möglichkeiten. Seine Fähigkeiten können besser genutzt werden. Rückzug ist nicht mehr erforderlich, der sonst die letzten Übungsmöglichkeiten und die sozialen Kontakte weiter vermindert.

Es ist oft erstaunlich, über welche Fähigkeiten schwer demente Menschen noch verfügen können, wenn sie sinnvoll angeregt werden. Das sind allerdings nicht die Fähigkeiten, sich z.B. in einer aktuellen Diskussion zu behaupten oder Fragen zu beantworten, in denen die Gedächtnisleistung „geprüft“ werden soll. Vielmehr können viele Kranke interessante Dinge von früher erzählen und es ist auch für denjenigen, der mit alten Menschen umgeht, vielleicht auch interessant, an den Erfahrungen dieser Menschen teilzuhaben. Durch die Beschäftigung mit der Vergangenheit schließt man an Erlebnisse an, die früh gelernt und gefühlsmäßig und im Gedächtnis noch besser verankert sind. Wenn die Demenz allerdings fortschreitet, gehen auch diese ältesten Gedächtnisinhalte zunehmend verloren. Schließlich kennt der Kranke seine eigene Familie nicht wieder oder steht vor dem Spiegel und fragt, "wer ist das denn" ?.

Die Identifikation der eigenen Person in der Gegenwart gelingt nicht mehr. Eine Frau sah sich in einem Album Bilder von früher an und erkannte sich auf einem Bild, wo sie als junges Mädchen abgebildet war und sie sagte erfreut, "das bin ich". Ihr aktuelles Spiegelbild erkannte sie jedoch nicht. Die Möglichkeit, Gegenstände von früher mitzubringen oder regelmäßig alte Bilderalben anzuschauen, wird zu wenig genutzt. Alte Bilder und Gegenstände von früher ermöglichen es, gezielt an Erlebnisse anzuschließen, alte Gefühle wachzurufen und den unterbrochenen roten Faden der Lebensgeschichte zu stabilisieren.

Neben Tagesschwankungen, mit der Zunahmen von Unruhe und Desorientierung gegen Abend, kann es zu einer regelrechten Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus kommen, so dass nächtliche Unruhezustände auftreten, während der Kranke tagsüber eher passiv ist und möglicherweise vor sich hindöst. Diese Umkehr von Tag und Nacht führt meist zu Problemen. Der erste Schritt sollte sein, den Kranken tagsüber zu aktivieren und zu verhindern, dass er vor sich hindöst und damit nachts nicht schlafen kann. Wenn vorschnell zu Medikamenten gegriffen wird, kann die Tagesmüdigkeit durch eine Nachwirkung (Überhang) der Schlaftabletten verstärkt werden. Beim nächtlichen Gang zur Toilette besteht eine erhöhte Gefahr von Stürzen. Die verlängerte Wirkungsdauer der Schlafmittel ist auch ein Grund dafür, dass die Hälfte aller Stürze mit schmerzhaften Prellungen, Platzwunden oder Frakturen in der Nacht oder frühmorgens nach dem Aufstehen passieren.

Im weiteren Krankheitsverlauf können erlernte Bewegungsmuster nicht mehr richtig koordiniert ausgeführt werden. Es wird für den Erkrankten zunehmend schwieriger, sich anzuziehen, weil bei dieser Tätigkeit verschiedene Handlungen in richtiger Reihenfolge hintereinander durchgeführt werden müssen. Aus diesem komplexen Handlungsablauf können jedoch noch Teilabschnitte richtig durchgeführt werden, so dass es bei der Hilfestellung wichtig ist, den Ablauf einer Handlungskette in einzelne Abschnitte aufzuteilen und zu festigen.

Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung

Gesamtbehandlungsplan der Demenz

Auch wenn es bei der Demenz, die durch die Alzheimer'sche Erkrankung verursacht wird, zur Zeit noch keine ursächliche Therapie gibt, bestehen doch zahlreiche Möglichkeiten, die Lebensqualität von Erkranktem und seiner Angehörigen oder anderer Bezugspersonen zu verbessern. Neben der medizinischen Behandlung sind vor allem die psychologischen und sozialen Maßnahmen von Bedeutung. Diese ergänzen und verstärken sich in ihrer Wirksamkeit gegenseitig.

Die allgemeinen Ziele bei der Behandlung Demenzkranker sind:

- ⊙ Stabilisierung des Selbstwertgefühls durch Respektieren der Persönlichkeitsrechte und der Gefühlswelt des Kranken
- ⊙ Stärkung von Selbstbestimmung und Autonomie trotz Einschränkungen
- ⊙ Förderung und Stabilisierung verbliebener Fähigkeiten und Möglichkeiten durch Aktivierung ohne Überforderung
- ⊙ Stabilisierung oder Verbesserung der Hirnleistungen und der Aktivitäten des täglichen Lebens

- ⊙ Verbesserung der affektiven Steuerungsfähigkeiten des Patienten - dadurch Freisetzung von Kräften zur Bewältigung einfacher Alltagsanforderungen
- ⊙ Unterstützung der sozialen Integration und des Gefühls der Zugehörigkeit
- ⊙ Verbesserung der Lebensqualität des Kranken und der Bezugspersonen

Die folgenden 6 Säulen der Demenz-Therapie können nach heutigem Kenntnisstand den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen. Jede dieser Säulen stellt einen wesentlichen Baustein im Therapieplan dar, auch wenn die Schwerpunkte der Behandlung zu verschiedenen Zeitpunkten des Krankheitsverlaufes in einem schweregradabhängigen Therapiekonzept von unterschiedlicher Bedeutung sein können. Zudem sind (noch) nicht alle Bausteine dieses Gesamtkonzeptes überall verfügbar.

- ⊙ Internistische Basistherapie (ursächlich bei den sekundären Demenzen und stabilisierend bei den anderen Demenzformen)
- ⊙ Erhalt und Förderung psychischer (kognitiver und emotionaler) und sozialer Funktionen insbesondere der Aktivitäten des täglichen Lebens im Alltag. Training der verbliebenen Fähigkeiten und Kompetenzen durch gezielte Anregung mit tagesstrukturierendem Effekt, übende Therapieverfahren zur Erhaltung kognitiver Fähigkeiten (für Demenzkranke geeignetes Gedächtnistraining), Optimierung der Sozio- und Milieuthherapie durch Umfeldgestaltung und Umfeldstrukturierung und mit Aktivitäten, die vom Kranken als angenehm erlebt werden.. Stabilisierung der Einheit von Lebensgeschichte, Emotionalität und Selbstwertgefühl
- ⊙ Bewegungstherapie u. körperliche Aktivität aller Art (Gymnastik, Spaziergänge)
- ⊙ Medikamentöse Therapie:

1. Antidementiva (bzw. Nootropika) zur Verbesserung der kognitiven Leistungen, der psychopathologischen Symptome, von Aktivitätsniveau und Alltagskompetenz sowie Minderung der Belastungen der Bezugspersonen.
 2. Psychopharmakotherapie bei Depressionen, Wahnerleben, Schlafstörungen oder erheblichen Störungen der Impulskontrolle
- ⊙ Soziale und rechtliche Unterstützung (Pflegeversicherung, Vermittlung von Hilfen, Vorsorgevollmacht und Betreuungsrecht, Heimberatung, Vermittlung von Selbsthilfegruppen für Angehörige)
 - ⊙ Psychotherapeutische Beratung und Begleitung des Kranken und seiner betreuenden Angehörigen

Medikamentöse Therapie dementieller Syndrome

Ein ursächliche Behandlung der Alzheimer'schen Erkrankung gibt es noch nicht – um so wichtiger ist es, die schon vorhandenen Möglichkeiten voll auszuschöpfen.

Antidementiva sind um so wirksamer, je früher sie im Krankheitsverlauf eingesetzt werden können.

Bereits bei den leichten kognitiven Störungen können antidementive Medikamente indiziert sein, wenn sich eine Verdachtsdiagnose im weiteren Verlauf, noch bevor die eigentliche Diagnose der Demenz nach ICD-10 gestellt wird, durch zunehmendes Auftreten typischer Frühsymptome erhärtet.

Voraussetzung ist immer eine umfassende Diagnostik in deren Rahmen, neben der Abklärung behandelbarer Demenzursachen, eine Psychodiagnostik durchgeführt wird, um den Krankheitsverlauf zu dokumentieren und die Wirksamkeit der Therapie nachzuweisen.

Mit den zur Verfügung stehenden und für diese Indikation zugelassenen Antidementiva wird das Ziel angestrebt über einen Zeitraum eine Verbesserung der Demenzsymptome (kognitiv, psychisch, sozial) zu erreichen und/oder die

Progression des Krankheitsverlaufes abzubremsen.

Auf dieser Grundlage ist es möglich die Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Lebensführung der Erkrankten mit milieu- und psychotherapeutischen Mitteln zu fördern.

Es ist zudem eine ethische Verpflichtung durch alle therapeutischen Möglichkeiten und in jedem Stadium der Erkrankung die Würde und Lebensqualität der Kranken und der Pflegenden durch jede erreichbare Besserung des Zustandes zu wahren.

Falls unter der Behandlung mit antidementiven Medikamenten innerhalb von 3 Monaten keinerlei Effekt auftritt, kann ein Versuch mit einem anderen Präparat unternommen werden oder eine Kombination verschiedener Wirkmechanismen versucht werden.

Dabei ist nicht zu vergessen, dass bei einem letztlich unaufhaltsam fortschreitenden Krankheitsprozess auch eine Stabilisierung über einen begrenzten Zeitraum ein Therapieerfolg darstellen kann der mit einem Zugewinn an Lebensqualität für die Kranken und seine Bezugspersonen und nicht zuletzt mit erheblichen Einsparungen für unsere Sozialsystem einhergeht, wenn eine Heimunterbringung verzögert wird.